Aus der Dermatologischen Klinik der Universität München.

Direktor: Se. Magnificenz Geheimrat Prof. Dr. Leo Ritter v. Zumbusch

Die Zahlverhältnisse zwischen Haut- und Geschlechtskrankheiten in München in den Jahren 1913–1933 unter besonderer Berücksichtigung des Alters.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität
zu München.

Vorgelegt von

Yousef Ahmed El Atawi
Zahnarzt
aus Port Said (Aegypten).

München
Buchdruckerei Hohenhaus, Landwehrstraße 29 (Ecke Schillerstraße)
1935

Referent: a. o. Professor Dr. C. Moncorps.

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Febr. 1935.

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit
gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153721_0211

Die Herkunft der Hautkrankheiten ist höchst mannigfaltig. Im Laufe der Zeiten hat man sich auf diesem Gebiet sehr verschiedene Vorstellungen gemacht. Waren für die ältere Zeit Ausschläge, Flechten usw. durchwegs Anzeichen von Schäden im Inneren des Körpers, so ging der Gründer der deutschen Dermatologie, Ferdinand von Hebra, vielleicht zu weit in der umgekehrten Richtung, indem er in der Regel das, was an der Haut geschah, für unabhängig von den Dermatosen am übrigen Körper ansah. Jetzt stellt sich die Aetiologie der Dermatosen viel mannigfacher dar. Zunächst sehen wir äußere Ursachen, Trauma, Infektion durch Spaltpilze, Befall durch Parasiten, die die Haut krank machen. Dann kennen wir die Abhängigkeit vieler Hautleiden von Störungen innerer Organe oder solcher allgemeiner Natur (Drüsenfunktion, Blutkrankheiten, Stoffwechsel, Diathesen usw.). Viele abnorme Zustände der Haut sind erblich bedingt, andere wieder sind Folgen von Keim-Schädigungen oder Fruchtverderbnis. Auch akute oder chronische Vergiftungen führen oft zu Hauterkrankungen; besonders ist der Einfluß mancher Medikamente. Hierher gehören auch die Schäden, welche durch Idiosynkrasie hervorgerufen werden.

Über Dermatosen werden in einem bestimmten Lande amtliche Berichte naturgemäß nur in den allerseltensten Fällen herausgegeben; eine Meldepflicht besteht für Hautkrankheiten nicht und das öffentliche Interesse wird sich im allgemeinen auf diejenigen konzentrieren, welche durch ihre Infektiösität allgemeine hygienische Aufmerksamkeit erfordern. Bezüglich Deutschlands und des übrigen Europa ist dem in dem speziellen Teil bei den einzelnen Erkrankungen Gesagten nichts besonders mehr

hinzuzufügen, nun einige Mitteilungen aus amtlichen Statistiken, soweit sie in allerletzter Zeit erschienen sind, erwähnt werden.

In Preußen ist den Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Medizinalwesens betreffs der ansteckenden Hautkrankheiten im Jahre 1925 folgendes zu entnehmen:

Scabies, die an manchen Orten zu dieser Zeit schon im Rückgang war, war unter Schulkindern noch sehr häufig. An einzelnen Stellen so sehr, daß die Schulen zeitweise geschlossen werden mußten.

Impetigo contagiosa herrschte in manchen Schulen epidemisch.

Mikrosporie und Trichophytie, deren Frequenz den Höhepunkt sonst zu dieser Zeit schon überschritten hatte, grassierte noch in einer Reihe von Erziehungsanstalten. Ferner wurden in dem Berichtsjahr mehrere Fälle von Infektion des Menschen mit Maul- und Klauenseuche und Rotlauf beobachtet.

Ueber Hautkrankheiten im Bestande der deutschen Marine (1. Januar—31. Dezember 1924) machten die Sanitätsberichte der Marineabteilung des Reichswehrministeriums folgende Angaben:

Scabies	5,55 pro mille
Trichophytie	0,47 „ „
Ekzeme	3,72 „ „

Besonderes Interesse können die Beteiligungen aus den außereuropäischen Erdteilen beanspruchen, Mitteilungen, die zum größten Teil von dort praktizierenden Ärzten veröffentlicht, zum Teil — und dies namentlich den älteren Reiseberichten medizinischer Forschungsreisender entstammen.

In Amerika hat White, auf den überhaupt die ersten Bemühungen im geographischen Gesichtspunkte in der Dermatologie zurückgehen, folgendes feststellen zu können geglaubt:

1. Prurigo, Pellagra, Lichen ruber exsudativus kommen in Amerika nicht vor.
2. Schmutzkrankheiten, besonders Zoonsen, sind selten.
3. Einige schwere Krankheiten verlaufen milder z. B. Lupus.
4. Zum Drüsenapparat und zum Nervensystem in Beziehung stehende Erkrankungen sind in Amerika häufiger: Seborrhoe, Akne, Hitzausschläge, Herpes, Urtikaria, Pruritus.

Wenige Jahre später teilte Hyde auf dem Internationalen Kongreß 1880 mit, daß in Amerika bei armen Menschen, Ekzem, Prurigo und die Psoriasis im Sommer und im Winter, bei Bemittelten im Frühjahr und Herbst vorherrschen.

Über Hautkrankheiten bei amerikanischen Negern hat Fox (b) an einem Material von 4400 Fällen (zu einer Hälfte Weiße und zur anderen Hälfte Neger) zunächst festgestellt, daß die Neger im allgemeinen weniger an Dermatosen erkranken.

Sie leiden an Rußvergiftung fast nie, an Akne weniger häufig, an Rosacea äußerst selten, an Hauttuberkulose, Psoriasis, Lichen ruber planus, Sykosis wenig. Häufig sind Keloide, Urtikaria und Ekzem, letzteres allerdings weniger hartnäckig, als bei der weißen Bevölkerung. Die Hauttuberkulose ist bei ihnen nicht häufiger, als bei den weißen, bei denen ja in Amerika hierin besonders günstigere Verhältnisse vorliegen, obgleich der Neger an Tuberkulose anderer Organe häufiger erkrankt. Mulatten erkranken im allgemeinen an Hautkrankheiten wie Neger, speziell oft an Chloasona.

Beim Indianer sind Hautkrankheiten dieselben und ebenso häufig wie beim Kaukasier, nur Tuberkulose ist häufiger. Gegen Rußvergiftungen sind sie immun (v. Bobb). Psoriasis soll bei ihnen selten sein. Treon sah bei Indianern sehr viele Scabies, ebenso Ekzeme, Herpes, Ichthyosen.

Aus Afrika, besonders aus den nordafrikanischen Küstengebieten liegen zahlreiche Mitteilungen vor.

In Spanisch-Marokko finden sich zwar ähnliche Hautkrankheiten wie in Spanien, aber Lebensweise, tellurische und die

klimatischen Bedingungen und Hautkolorit verursachen doch deutliche Unterschiede (Grende Marsinez). Die beobachteten Erkrankungen sind außerordentlich intensiv, aber therapeutisch dankbar. Es findet sich Elefantiasis arabum; Filaria medinensis konnte nicht immer festgestellt werden. Speziell in Jebala (Tetouan) sehr starke Verlausung mit Akne und syphilisartigen pustulösen Effluoreszenzen. Verhältnismäßig häufig sind: Erytheme polymorphum (von Kaposi), Favus, Tinea imbricata, Orientbeule, Hydroa vaccinoforme, Psoriasis, Erythema induratum, Ekzem. Nach G. Rohlfs, einem der ersten deutschen Forscher in Marokko, war 1880 Favus die häufigste Krankheit infolge des Rasierens des Kopfes, fast alle Kinder waren damit behaftet, da jedem Knaben von frühester Jugend an das Kopfhaar rasiert wurde. Scabies kommt vor, aber nicht so häufig als dem ungeheueren Schmutz entspricht.

Bei den Berbern in Auris (Algier) sah Raynaud sogar trotz der Unreinlichkeit gar keine Scabies, auch sehr selten Favus, Lepra und Elefantiasis arabum. Weiter östlich bei den Arabern in Lybien hat Garbe und Labella unter 100 Hautkrankheiten folgende Dermatosen gefunden.

a) Dermatosen der heißen Länder: Pian 4, Bysis tropica 7, Ulcus tropicum 5, Lichen tropicus 3, Granuloma ulceratum pudendorum 2, Ulcus infantum 1, Tinea alba 1, Tinea negra circinata 1.

b) Parasitäre:

1. durch tierische Parasiten: Scabies 22, Peduculis 3,
2. durch pflanzliche Parasiten: Favus 8, Trichophytie 1, Erythrasma 1, Herpes circinatus 2, Eczema marginatum 4.

c) Hautläsionen septischen Ursprungs: Pustulosis dissiminata 2, Erythema septicum 1, Rupia septica 2, verschiedene Hautulcerationen 4, Furunkeln 2, septische traumatische Wunden 2.

d) Lupus und Tuberkulose: Hautsyphilide, Hauttuberkulose 1, ulceröse Tuberkulose 2, verruköse Tuberkulose 1, nodulo-ulcerierender Lupus 1, Tuberkulose 1, Lichen scrophulosorum 1.

e) Verschiedenartige: einfaches Ekzem 1, Psoriasis 1, Lichen 2, Pellagra 1, Prurigo 1, Leukodermie 1.

Nervöse und Stoffwechsel-Dermatiden sind sehr selten.

Asien. Über die Erfahrungen Adamas an der Hautabteilung der Universitätsklinik, sowie in seiner eigenen Privatpraxis in Beyruth (Syrien) ist im Laufe der Abhandlung wiederholt berichtet worden. Hier sei nochmals folgendes als Quintessenz seiner Beobachtungen in Klinik und Privatpraxis mitgeteilt: Unter 6261 Fällen (incl. Lues) waren Scabies 18,1 %, Ekzeme 16,3 %.

Für Indien liegen die durch eine große Enquete gesammelten Erfahrungen von Megaw und Gupta vor. Lepra ist in Indien universell sehr häufig in Bombay und Burma. In manchen Provinzen allerdings weniger verbreitet. Lupus vulgaris ist außer im Pendschab und den vereinigten Provinzen selten. Frambosie besonders in Hinterindien verbreitet. Anschließend an die Ergebnisse ihrer Enquete geben Megaw und Gupta einen kurzen Überblick über die Patienten der Hautpoliklinik der Schule für Tropenmedizin in Kalkutta: Unter 2484 Fällen fanden sich 707 Tinea, 328 Lepra, 245 Leukodermien, 48 Chloasma, 187 seborrhoische Dermatiden, 164 Scabies.

In Siam kommen außer harmlosen und prognostisch günstigen Dermatosen Herpes cruris, Sklerodermie, Scabies, Pediculosis, Keloide, von der schweren Lues Lepra, Frambosie und Filariasis vor. Pediculosis und die Scabies werden in den Tropen überhaupt sehr viel erwähnt. In Ostasien sind in China Mullusca contagiosa und Pityriasis versicolor häufig. In Südchina ist bei weitem am häufigsten der Herpes tonsurans. Scabies kommt bei allen Klassen der Bevölkerung vor. Ekzeme, Pigmentanomalien, Keloide und verständlicherweise auch Favus gelangen ebenfalls oft zur Beobachtung.

Duncan Bukley fand in Japan, Korea, China, Philippinen, Siam, Ceylon, Indien und Aegypten relativ wenig Hautkrankheiten, wiewohl oft das Gegenteil behauptet wird. Lepra ist

in mancher Gegend vorherrschend, besonders die tuberöse Form. Carcinom und Epitheliom sind außerordentlich selten. Lupus vulgaris kommt gelegentlich vor, andere Formen der Hauttuberkulose etwas häufiger. Ekzeme sehr selten, Psoriasis nahezu unbekannt, Akne sehr häufig, Urticaria und Pemphigus sehr selten. Scabies ist häufig bei den Kulis, werden von ihm erstaunlicherweise als selten angegeben. Pityriasis versicolor ist ziemlich häufig und hartnäckig.

In Sibirien, um mit dem Norden des asiatischen Kontinents zu schließen, sind Hautkrankheiten ganz außerordentlich verbreitet, z. B. leiden bei den Schorern in Nordsibirien 80—90% der Bevölkerung an Hautkrankheiten, besonders Krätze.

Aus Australien berichtet Molesworth die exzessive Seltenheit der Hauttuberkulose und die große Häufigkeit der Epitheliome.

Statistiken

der Universitäts-Hautklinik Breslau 1911—1913, 1919—1925, (Inaug. Diss. Hernig), der Privatpraxis (Spitzer) Breslau 1922 bis 1927

der Universitäts-Hautklinik Kiel 1911 — 1913, 1920 — 1924, (Inaug. Diss. Krisewitz).

Hautklinik Breslau	Gesamtzahl	35117,
Privatpraxis Breslau	»	4143,
Hautklinik Kiel	»	18800.

Statistischer Bericht der American Dermatological Association von 1878—1911, Zahl der Fälle 679376.

Statistischer Bericht über London von 1903

Poliklinik	10003,
Privat	5083.

Statistischer Bericht

der Münchener Dermatologischen Klinik in den Jahren 1913—1933 nach dem Alter gesehen:

Jahr	Gesamtzahl	1.–10.	11.–20.	21.–30.	31.–40.	41.–50.	über 50
1913	870	6	236	346	114	85	83
1914	878	9	295	282	151	70	91
1915	868	31	280	246	118	85	108
1916	1142	281	363	229	102	81	86
1917	1042	240	299	209	90	76	108
1918	1424	217	383	347	163	111	205
1919	1641	148	517	493	182	133	168
1920	1402	101	460	464	143	105	129
1921	944	70	280	326	89	51	128
1922	711	51	174	258	64	62	102
1925	732	32	141	277	93	65	125
1926	552	25	126	183	64	71	83
1927	553	18	134	160	90	60	91
1928	584	33	110	181	95	67	98
1929	977	51	189	326	162	112	137
1930	1030	63	185	306	357	118	204
1931	886	59	146	265	126	101	189
1932	1020	82	212	294	147	122	163
1933	1225	133	204	669	175	133	28

Die Betrachtung der graphischen Darstellung zeigt folgendes Bild:

Während die Kurve der Hautkranken in den Jahren 1913—1915 nur geringe Schwankungen (850—900) aufweist, steigt sie in den folgenden Jahren ganz rapid an, um im Jahre 1919 mit 1650 Kranken den Höhepunkt zu erreichen, dem im Jahre 1916 auf 1917 nur ein minimales Absinken, nämlich von 1130 auf 1040 Kranke voranging. In den folgenden Jahren fällt die Kurve ganz gewaltig ab und zwar ohne Unterbrechung und erreicht im Jahre 1923 einen Tiefstand, der nur mehr 600 Hautkranke umfaßt. Der rapide Anstieg der Kurve in den Jahren 1915—1919 mit dem darauffolgenden starken Abfallen läßt uns auf den Gedanken kommen, daß diese Tatsache eventuell

eine Folgeerscheinung der Kriegsjahre sein kann uud zwar dürfte die tiefere Ursache in einer sehr schlechten Ernährung und verminderten Körperpflege (Seifenmangel) sowie anderen durch die Kriegszeit bestimmten Faktoren während dieser Zeit gelegen sein, die eine gewisse Disposition zu Hautkrankheiten schuf. Während der Jahre 1923 bis 1927 können wir nur geringe Niveauschwankungen, die sich in den Grenzen von 570 und 725 bewegen, feststellen. Der tiefste Stand der Kurve wird im Jahre 1926 (mit 570 Kranken) erreicht. In den Jahren 1928 bis 1933 macht sich nun wiederum ein Anstieg der Hautkranken bemerkbar und erreicht im Jahre 1933 wiederum einen Höhepunkt von 1300 Kranken. In den Jahren 1929 bis 1931 ist dieser Anstieg mit Schwankungen von 900—1025 unterbrochen.

Geschlechtskrankheiten sind: Syphilis, Tripper und Schanker ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten. Unter Geschlechtskrankheiten versteht man solche, welche ansteckend sind und überwiegend durch den Geschlechtsverkehr weiterverbreitet werden. Die Übertragung ist bedingt durch gewisse Eigenschaften der Erreger, was für den Erreger des Trippers zutrifft. Er ist imstande, sich auf der intakten Schleimhaut der Harnröhre und anderen Teilen des Genitalapparates zu vermehren und Entzündungen auszulösen. Syphilis- und Schankererreger haften nur, wenn die Epitheldecke lädiert ist. Der Legende nach trat die Seuche der Syphilis zum ersten Male in verheerendem Ausmaß bei der Belagerung von Neapel durch die Franzosen unter König Karl im Jahre 1445 auf. Sie breitete sich dann rasch durch Europa aus. Ihr Zug ging im allgemeinen von Westen nach Osten.

Die Infektionen erfolgten nicht durchwegs auf sexuellem Wege, sondern wurden auch durch die sehr verbreiteten Badestuben und Trinksitten begünstigt.

Die zeitgenössischen Berichte lassen erkennen, daß die Krankheit sehr schwer zu verlaufen pflegte und zahlreiche Todesopfer forderte.

v. Düring hat bemerkt: „Die Schwankungen der Kurve zeigen offenbar die Wirkungen der Kräfte, die wir bei allen epidemischen und ansteckenden Krankheiten sehen: uns unbekannte Gesetze der epidemischen Krankheiten. Außerdem wirken nach meiner Überzeugung soziale Faktoren mit. Es würde sich verlohnen, aus den Aufzeichnungen ganzer Jahrzehnte verschiedener Staaten zu prüfen, ob diese Ansicht durch die Statistik bestätigt wird; Zeiten geschäftlichen, gewerblichen Hochstandes bedingen ein Sinken der Erkrankungskurve. Je besser der Verdienst, desto mehr monogamische Beziehungen — Heiraten oder mehr oder minder feste Verhältnisse — werden sich bilden; je geringer der Verdienst, desto weniger die Möglichkeit, monogamisch zu leben, desto mehr Angebot von Seiten der Mädchen wird sich einstellen, desto mehr Ansteckungsgelegenheit ist damit vorhanden."

Für Preußen führt der Sanitätsbericht ganz im Sinne v. Düring's für die Jahre 1874—78 aus, daß als Ursache der damals wieder zunehmenden venerischen Erkrankungen die gesteigerten Geschäftsstockungen, der Rückgang in den industriellen Verhältnissen und deren Folgen angesehen werden, insofern aus der Kategorie der entbehrlich gewordenen, bezw. der schlechter bezahlten Fabrik- oder sonstigen Arbeiterinnen sich viele der Prostitution hingaben und sich dabei anfänglich der polizeilichen Kontrolle zu entziehen wußten.

Diese Auslassung war diktiert von dem überzeugungssicheren Glauben an den Wert der sittenpolizeilichen Zwangsuntersuchungen, sie war ein Ausfluß der Krisentheorie, die auch Paul Hirsch vertritt und die überhaupt die herrschende war. In Bezug auf Berlin schreibt er: »Die Prostitution hat sich in Berlin von 1875—1896 in einem fast doppelt so starken Verhältnis vermehrt als die Bevölkerung. Und dies fortdauernde Anschwellen, wie selbst der offizielle Polizeibericht einräumt, ist nicht auf die »wachsende Tätigkeit der Polizeibehörde allein« zurückzuführen, sondern es deutet auch auf einen Rückgang der sittlichen Zustände hin, der mit dem materiellen Rückgang zusammentrifft

und vielleicht nicht selten zusammenhängt«. »Es unterliegt keinem Zweifel, daß auch auf die Prostitution die wirtschaftliche Lage von gewaltigem Einfluß ist. Nicht nur die Gelegenheitsprostitution nimmt in Zeiten, in denen die Löhne schlecht sind, daß davon zu existieren ein Ding der Unmöglichkeit ist, in rapider Weise zu, sondern auch die gewerbsmäßige Prostitution ist in stetem Wachsen begriffen«.

Die Ursache der Frequenzschwankungen sieht Oedmansson vielmehr in Schwankungen der Ausbreitung der Prostitution, beruhend auf Schwankungen der ökonomischen Lage.

»Die Arbeitslosigkeit und ihre Folgen, Elend und Not, sind allezeit und überall die fruchtbarste Quelle der Prostitution gewesen. Man muß daher schon a priori bereit sein, den Grund für Schwankungen in der Verbreitung der Prostitution, wie der Geschlechtskrankheiten, in den mehr oder minder günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen, unter denen die Stockholmer Bevölkerung lebt, zu erblicken. Ist diese Auffassung richtig, so muß ein Vergleich zwischen der Häufigkeit der Krankheiten und den statistischen Angaben über die Wirtschaftslage, besonders über Lage der Landwirtschaft während dieser 50 Jahre den engen Zusammenhang zwischen beiden erweisen, und zwar in dem Sinne, daß, je besser die ökonomische Lage des Landes, desto weniger die Verbreitung dieser Krankheiten war, und umgekehrt. Stockholm als einer der Brennpunkte für Handel und Industrie des Landes, mußte deutlich von der Gesamtwirtschaft beeinflußt werden, wozu kommt, daß unter schlechten Lebensbedingungen auf dem Lande die Hoffnung auf Arbeit und Verdienst eine Menge nicht seßhaften Volkes beiderlei Geschlechts nach der Hauptstadt treibt, wodurch ein starker Anlaß zur Vermehrung dieser Krankheiten gegeben wird».

Einen Beweis für seine Auffassung findet Oedmansson in einer Untersuchung über die Wirkung der Ernten in Schweden, aus der hervorgeht, daß den Jahren 1839 und 1869, Jahre maximaler Erkrankungshäufigkeit, Mißernten vorangingen und daß

die Jahre 1838 und 1868 die niedrigste Eheschließungszahl und die niedrigste Geburtenziffer aufwiesen.

Im Gegensatz zu den Ziffern für die Stockholmer Patienten zeigten die Zahlen für die aus der Provinz Eingelieferten seit 1844 eine absinkende Tendenz, insbesondere seit 1870.

S. E. Huppé hat gleichfalls Beziehungen zwischen der Prostitutionsbewegung, der Verbreitung der Syphilis und den Lebensmittelpreisen festgestellt und vertritt die Ansicht, daß die Progressie des Steigens und Fallens bei Krankheitsfällen und den Preisen ungefähr parallel verläuft.

Eine Untersuchung über den Einfluß des Alkohols auf die Prostitution stellt die Arbeit des „Kgl. Sozialstgrelsen" dar, die sich mit den in den Jahren 1916—1924 in die Zwangsarbeitsanstalt Landskrona aufgenommenen Frauen befaßt, die mit wenigen Ausnahmen Prostituierte sind. Von 936 Frauen waren 144 unehelicher Geburt. Die anderen 792 konnten nur in einem verhältnismäßig kleinen Teile genaue Auskünfte über ihre häuslichen Verhältnisse geben. In 40 (von 372) war der elterliche Haushalt verwahrlost, darunter in 16 Fällen wegen Trunksucht eines Elternteiles Nur in 108 Fällen konnte eine Auskunft über erbliche Belastung seitens der Eltern oder Geschwister erlangt werden. Davon waren in 18 Fällen eines der Eltern trunksüchtig, 16 mal eines der Eltern Landstreicher oder kriminell, 6 mal lag bei einem Elternteil Geisteskrankheit vor, in 90 Fällen waren eines oder mehrere Geschwister trunksüchtig. Von den Prostituierten waren 68,1 % trunksüchtig. Viele davon waren noch in jugendlichem Alter. Von 417 Prostituierten unter 25 Jahren waren 62 % trunksüchtig, von 411 zwischen 25 und 40 Jahren waren 81 % trunksüchtig. Demnach nimmt also die Trunksucht mit steigendem Alter zu.

Der fördernde Einfluß des Alkohols auf Geschlechtskrankheiten kann festgestellt werden, wenn man die Verteilung der Infektion auf die einzelnen Wochentage vornimmt. Dies hat

Hecht bei 222 Infektionen, die gelegentlichem Verkehre folgten, festgestellt. Es infizierten sich:

An Sonn- und Feiertagen	37,7 %
am Montag	8,5 %
am Dienstag	10,8 %
am Mittwoch	8,5 %
am Donnerstag	8,5 %
am Freitag	11,2 %
am Samstag	19,8 %.

An einem Krankenhaus in London von Juli bis September sind 375 Männer mit Geschlechtskrankheiten behandelt. Von diesen waren 246 ledig, 109 verheiratet, 8 Witwer und 12 Geschiedene. Bei der Befragung über die Umstände ihrer Ansteckung ergab sich, daß 299 mäßige Trinker waren, 20 waren Totalabstinenten und 56 waren mehr oder weniger betrunken zur Zeit ihrer Infektion (Gorell).

Das Charakteristikum der Syphilis in ihrer Beziehung zur Sterblichkeit ist die Tatsache, daß die Krankheit nur in wenigen Fällen und mit Ausnahme des Lues congenita, der Tabes, Paralyse, und des Aortenaneurysmus nicht als direkte Todesursache in der Sterblichkeitsstatistik hervorkommt, wohl aber indirekt auf die Sterbeziffer einen erheblichen Einfluß ausübt.

Der Einfluß der Syphilis auf die Sterblichkeit beginnt schon vor der Geburt, während der Entwicklung des werdenden Organismus; er äußert sich in Fehlgeburten, Frühgeburten und Totgeburten, bezw. in der Höhe der Sterblichkeit der frühzeitig Geborenen.

Vielleicht den besten Einblick von allen klinischen Untersuchungen des Einflusses der Syphilis auf die Fehlgeburt, Frühgeburt und Totgeburt gibt die Arbeit von Adair, der eine Reihenuntersuchung an 1095 Frauen zugrunde liegt. Er fand:

1. 30,6 % der Schwangerschaften bei Frauen mit negativer Wa. R. und

2. 31,8 % der Schwangerschaften von Frauen mit positiver Wa. R. endeten in Fehlgeburten.

Joh. Norman Cruichshank kommt in seiner bedeutenden zusammenfassenden Veröffentlichung zu gleichem Resultat: «daß die Syphilis eine der wichtigsten Ursachen für die Totgeburt und für die Schwangerschaftsunterbrechung in den letzten Monaten der Schwangerschaft ist, die zur Frühgeburt und ganz besonders zur Frühgeburt eines toten Fetus führt.»

Speziell für die Syphilis läßt die Niederländische Statistik die gleiche Erkenntnis, denn von dem Code Napoleon — wobei zu beachten ist, daß danach auch diejenigen Lebendgeborenen, die vor Anmeldung (innerhalb 3 Tagen nach der Geburt) wieder gestorben sind, den Totgeburten zugezählt werden — als totgeboren registrieren

	1918	1919	1920
hatten gelebt	19,36 %	15,73 %	16,10 %
kamen tot zur Welt	80,64 %	84,27 %	83,90 %

»Die Frage, ob die Größe einer Stadt einen Einfluß auf die Häufigkeit der Totgeburten ausübt, ist im allgemeinen noch nicht geklärt. (G. v. Mayer: Sozialstatistik, S. 108). Burgdörfer hat dies für Bayern (Zeitschr. des Bayer. Stat. Landesamt 1919 S. 111) für die Jahre 1913—1917 untersucht und kommt zu einem bejahenden Ergebnis, nämlich, daß mit der Größe der Gemeinden im allgemeinen die Totgeburtenquote zunimmt.«

Dies könnte, wie auch nachher für die Niederlande und in der Schweiz speziell für die Lues gezeigt wird, hinsichtlich der mit der Größe der Stadt ansteigenden Verbreitung der Geschlechtskranhheit a priori mit einem Einfluß der Syphilis in Zusammenhang gebracht werden.

Wenn wir die Statistik von den großen Städten Deutschlands in 1919 verfolgen, bei denen die Geschlechtskrankheit den Höhepunkt erreicht hat, sehen wir folgende:

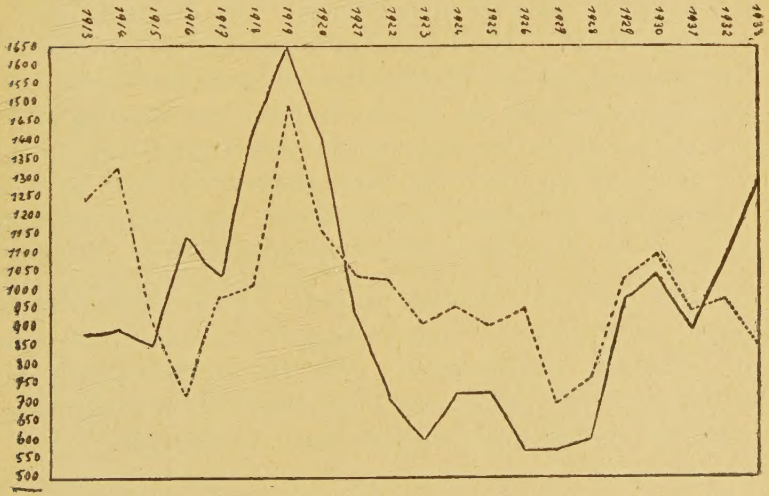
Berechnung der Summe

aus den bereits bei Beginn der Zählung in Behandlung gewesenen Geschlechtskranken und dem Zwölffachen der Zahl der während des Zählmonats in ärztliche Behandlung getretenen Geschlechtskranken auf je 1000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts in

Altersklassen	I. Großstädte											
	Berlin		Hamburg		Dresden		München		Breslau		Hannover	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
unter 1 Jahr	18,8	16,2	24,8	11,1	39,2	32,1	24,5	14,7	34,5	19,7	20,6	16,0
von 1—9 Jahre	2,0	7,1	0,7	1,5	0,4	0,2	2,5	5,2	1,0	2,9	0,8	3,4
10—14 „	2,0	1,2	0,2	1,4	1,8	0,9	2,9	2,4	1,1	1,8	3,2	3,3
15—19 „	14,5	30,5	14,3	33,1	37,4	30,4	30,2	32,8	43,0	27,9	48,4	31,6
20—24 „	164,6	74,3	154,7	70,9	130,0	43,2	103,2	72,8	171,9	44,1	58,4	72,7
25—29 „	140,7	45,1	139,2	37,1	111,7	29,1	101,9	34,6	132,5	36,6	151,5	40,5
30—39 „	73,7	18,5	60,4	14,9	60,3	13,9	55,5	20,3	69,0	13,9	76,9	19,4
40—49 „	31,9	8,0	24,5	6,1	23,7	5,1	29,1	5,4	25,7	7,0	37,0	5,8
50—59 „	16,5	6,0	14,0	6,1	15,0	3,8	13,1	7,8	16,1	2,0	10,8	2,4
60 u. mehr „	5,5	1,3	5,8	1,8	8,4	2,2	7,3	4,9	7,9	0,5	4,4	0,8
Insgesamt	51,4	20,4	43,2	18,2	40,7	15,2	38,6	20,5	49,9	15,8	54,6	20,5

Statistik der Geschlechtskranken auf der Dermatologischen Klinik München von 1913–1933.

Jahr	Gesamtzahl	1.–10.	11.–20.	21.–30.	31.–40.	41.–50.	über 50
1913	1230	1	319	731	124	40	15
1914	1321	0	463	246	140	20	11
1915	903	0	266	444	139	34	20
1916	716	17	259	310	82	26	22
1917	976	30	235	445	95	29	42
1918	1005	18	266	529	113	40	39
1919	1443	11	391	840	136	35	30
1920	1164	10	316	664	111	42	21
1921	998	7	227	581	129	23	31
1922	1022	16	211	659	74	41	21
1923	1913	0	198	580	90	23	22
1924	966	3	196	619	100	23	25
1925	899	6	160	587	97	21	28
1926	957	13	205	592	89	36	22
1927	698	10	119	445	48	28	18
1928	767	11	157	441	101	25	22
1929	1019	32	188	609	120	43	27
1930	1090	32	175	698	127	26	32
1931	939	22	157	571	147	26	26
1932	975	37	178	539	138	40	43
1933	852	16	171	478	126	40	21



···· Geschlechtskranke — Hautkranke

Zusammenfassung.

Die Statistik der Haut- und Geschlechtskrankheiten in den Jahren 1913—1933 auf der Universitäts-Klinik München nach dem Alter gesehen, habe ich aus den Krankengeschichten der Dermatologischen Klinik und darauf die graphische Tabelle gezeichnet.

Bei kurzer Betrachtung der graphischen Darstellung zeigt sich folgendes Bild:

Während wir 1913 eine verhältnismäßig hohe Zahl von Geschlechtskrankheiten hatten, sank die Ziffer der Geschlechtskrankheiten von 1914—1915 ganz beträchtlich. In den gleichen Jahren gab es wenig Hautkrankheiten. Von diesem Zeitpunkt an stieg die Zahl der Kranken ganz gewaltig an, um in der Nachkriegszeit von 1919—1920 ihren Höhepunkt zu erreichen. Von da konnte man ein Abnehmen feststellen bis zum Jahre 1927, dann wieder von 1927—1930 eine leichte Vermehrung der Kranken. Von 1930 bis heute können wir eine ständige Verringerung der Geschlechtskrankheiten feststellen, dagegen eine ziemlich starke Zunahme der Hautkrankheiten.

Den höchsten Prozentsatz der Haut- und Geschlechtskrankheiten stellen Personen beiderlei Geschlechts vom 20. bis zum 30. Lebensjahr. Auffallend für mich bei der Betrachtung der Statistik war die große Anzahl der Hautkranken Kinder vom ersten bis 10. Lebensjahr in den Jahren 1915—1920.

Den geschichtlichen und den geographischen Teil habe ich zusammengefaßt aus den Bänden

1. XIV/2 Geschichte der Dermatologie, Geographische Verteilung der Hautkrankheiten Nomenklatur, bearbeitet von Johannes v. Fick, Paul Richter, Rudolf Spitzer.
2. XXII Soziale Bedeutung, Bekämpfung, Statistik der Geschlechtskrankheiten. Bearbeitet von H. Hecht, H. Haustein.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von Zumbusch für die freundliche Überlassung des Themas, sowie Herrn Privatdozent Dr. Moncorps für seine gütige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich bin am 15. Februar 1909 zu Port Said in Aegypten als Sohn des Kaufmanns Ahmed El Atawi geboren, besuchte die Primärschule zu Damietta, darauf das Gymnasium zu Mansurah, wo ich im Jahre 1929 das Abitur bestand.

Im Sommer-Semester 1930 begann ich meine zahnmedizinischen Studien an der Universität München, wo ich mein Physikum am Ende des Sommer-Semesters 1932 bestand. Im Wintersemester 1934 habe ich das Staatsexamen bestanden.